IT

389

C. VANZETTI

CONFERENZE DI CHIRURGIA PRATICA

II.

Sull'importanza chirurgico-operativa del differente sviluppo dei tumori estraperitoneali in relazione allo strato di origine.

Conferenza tratta da un caso operativo di Cistoma multiplo fibroso retro-peritoneale.

(Estratto dalla *Clinica Moderna*, Anno II, N. 1)

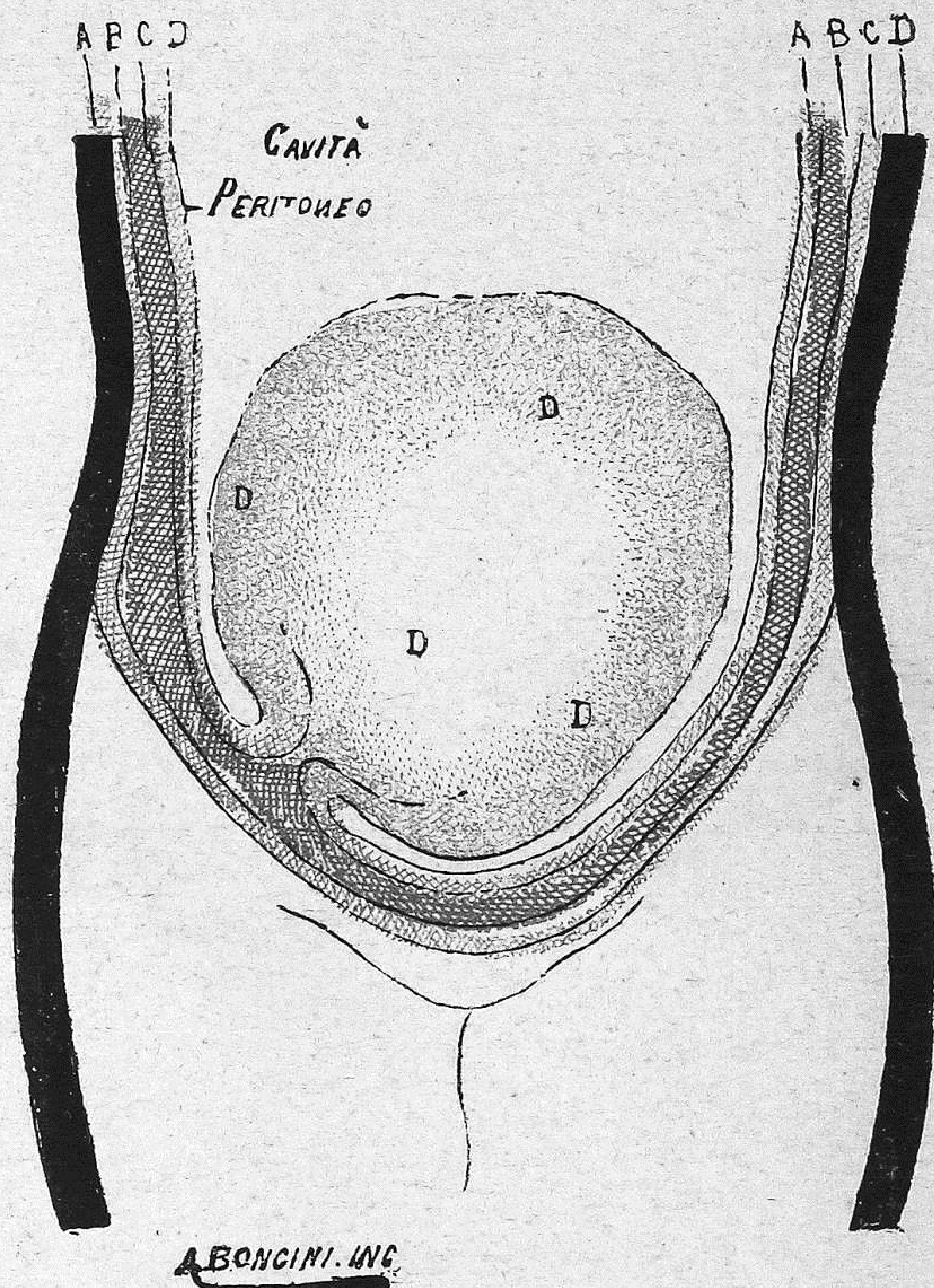
FIRENZE
TIPOGRAFIA CAV. A. CIARDI

1896

(Da inserirsi nel Fasc. 1° 15 gennaio pag. 24)

FIGURA SCHEMATICA A FORM

Tumore sottosieroso



a) Tegumento cutaneo muscolare fino alle fascie preperotoneali;

b) strato profondo o retroperitoneale (fascia lombare, fascia pelvi

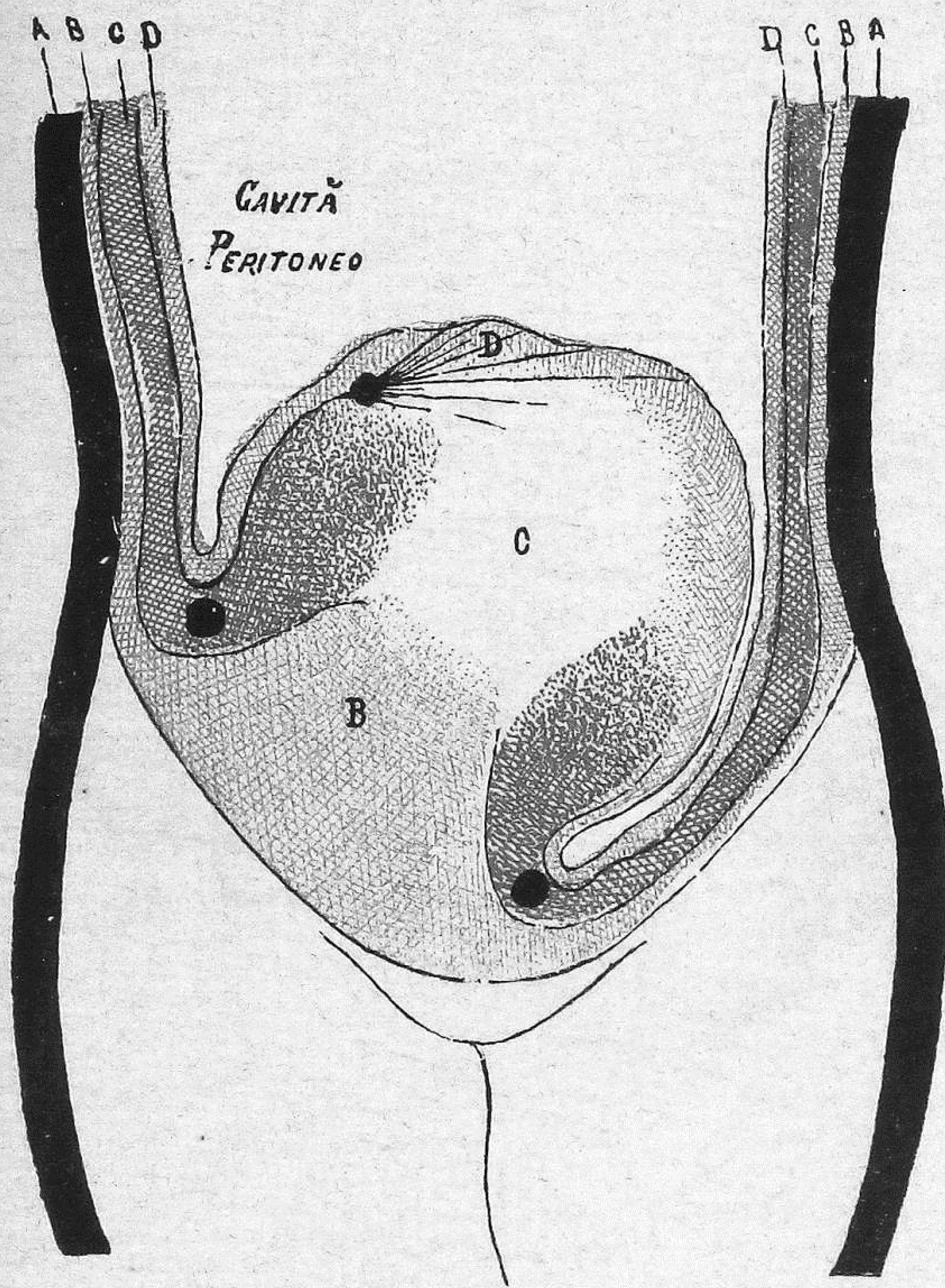
c) strato medio dei vasi e delle parti estraperitoneali dei visceri
cieco, parametri;)

d) tessuto sottosieroso diretto o sotto-peritoneale proprio;

● formazione delle pliche contenenti i visceri-mesoceli o ripiega

)I SVOLGIMENTO EMBRIONALE

Tumore retroperitoneale



etc. etc.) ;

connettivo interlaminare delle pliche peritoneali (mesocolon, meso-.

nti peritoneali del tumore.

C. VANZETTI

CONFERENZE DI CHIRURGIA PRATICA

II.

Sull'importanza chirurgico-operativa del differente sviluppo dei tumori estraperitoneali in relazione allo strato di origine.

Conferenza tratta da un caso operativo di Cistoma multiplo fibroso retro-peritoneale.

(Estratto dalla *Clinica Moderna*, Anno II, N. 1)

FIRENZE
TIPOGRAFIA CAV. A. CIARDI

1896

1. (*)

I tumori, indipendentemente dal mantenere i caratteri di sviluppo inerenti alla propria struttura istobiotica ossia alla vita organica o vegetativa sulla quale si fonda la loro fisiopatologica differenza e classazione, conservano sempre nella vita di relazione colle parti e organi circostanti, delle rimarcabili specialità dipendenti dallo strato anatomico macroscopico sul quale si originano. Come il primo carattere interessa la patologia chirurgica generale, questo secondo s'attiene alla parte clinica operativa e ana-

---

(*) Il caso che serve al soggetto della presente Memoria appartiene alla Clinica di Bologna del prof. Ruggi, e riguarda una donna dell'età di 34 anni operata il 4 dicembre 1890. L'operazione, avendo destato in tutti i medici presenti sommo interesse per le difficoltà che vennero superate dalla felice mano dell'operatore, e perchè furono riscontrate vere le previsioni diagnostiche da lui fatte e sfidate, fui pregato allora dai giovani medici assistenti di dare una relazione sul caso che meritamente aveva destato un vero entusiasmo.

La descrizione dell'operazione è la riproduzione delle note da me prese durante l'atto operativo.

tomico-chirurgica, in modo importante. La verità della presente asserzione, quantunque apparisca meglio e sia più considerevole nei tumori cavitari, si riscontra sotto la medesima legge e diritto in qualunque situazione e regione, nè varrebbe la pena di darne generici esempi:

Un tumore, supponiamo nella regione sopraioidea, può sollevare in modo apparentemente eguale la pelle, tanto che appartenga ai primi strati o ai più profondi, al primo foglietto o alla fascia prevertebrale, ma si capisce quale enorme differenza nella relazione anatomica in ragione operativa, debba correre fra un tumore, poniamo un fibrolipoma della prima fascia connettivale anche se prolungandosi raggiungesse le vertebre, un linfoma del plesso superficiale, una ghiandola appartenente al plèsso linguale profondo, un fibroma prevertebrale, concedendo pur a tutti i predetti tumori la stessa forma, grandezza e mobilità. Si immagini ora che la predetta regione del collo appartenesse ad una cavità, fosse per esempio la pelvi, e si supponga che la pelle sia per essa il peritoneo, e si completi la cavità chiusa: *mutatis mutandis*: si lascino ora crescere i differenti tumori accennati nella cavità sierosa immaginata come fanno nella cavità addominale, e si potrà subito paragonare la differenza che passa per le relazioni anatomiche colle parti e organi circostanti al tumore, nel caso che esso sposti la sola pelle o sierosa, o invece, che sorgendo da uno strato profondo, spinga avanti o tiri con se le parti circostanti come, parlando dell'addome, avviene di un cistoma retroperitoneale, in confronto di una ciste sierosa ovarica, quantunque ambedue conservino la stessa parvenza all'esame esterno.

Vediamo la paziente che ha dato il soggetto a codeste importanti osservazioni:

L'operanda dell'età di 34 anni è di media statura, piut-

tosto snella, pallidetta con tinta lievemente subflava, discretamente nutrita.

Il ventre sporge in modo globopiriforme. *Il tumore solleva maggiormente la metà destra dell'addome* e si lascia limitare in diretta vicinanza della cresta iliaca, mentre a sinistra dista dalla cresta dell'ileo tanto da permettere alla mano l'infossamento della parete addominale che appare assottigliata come massa muscolare. Il punto più sporgente è nella linea parasternale destra, a due dita sotto del bellico, che si sente adeso al tumore. Sorgendo a quattro dita dal pube il tumore arriva fino a 3 dita dal processo xifoide per una lunghezza in curva di 30 centimetri. In basso a destra non si può limitare dal legamento di Poupart.

L'aspetto generale del tumore presenta una forma a *bousselures*, in qualche punto è durissimo come fibroso e nodulare, altrove elastico.

Il tumore è fortemente *fissato in fondo del bacino.*

Coll'esame vaginale si avverte nel Douglas un corpo di superficie liscia, di consistenza alquanto elastica; l'utero è spostato in avanti tantochè il collo nella sua porzione vaginale e sopravaginale viene serrato al pube, tuttavia non fisso.

Prima di ascoltare la storia dell'inizio e decorso della malattia devo far notare due spiccanti segni che rimarcai nell'esame or fatto; *la sporgenza maggiore di una metà dell'addome, e la fissazione del tumore nel fondo pelvico.*

Un tumore immediatamente sottosieroso o sottoperitoneale come potrebbe essere una ciste da idrope di un follicolo ovarico, quando aumenta si adatta alla cavità dove cresce, tanto che sarebbe difficile in questo senso di distinguere un'idrope da una ciste ovarica; mentre un tumore che si origina da strati lontani dalla sierosa, nel progressivo sviluppo si crea il posto da se, spostando gli organi e le

parti, e assume una forma indipendente dalla cavità fino dal principio, per cui appare tosto *anche alla vista*, la deformazione dell' addome.

È pure evidente come anche la fissità di un tumore stia in ragione diretta colla profondità di origine estraperitoneale.

Tuttavia il sospetto più accreditato dell' origine retroperitoneale del tumore, ossia dal connettivo pelvico, ci viene fornito in questo caso da una circostanza anamnestica che ora esporrò, cioè dalla spontanea *apertura del cistoma*, avvenuta *per la vagina*.

2.

La malata racconta che fu mestruata in ritardo, a 18 anni. Ebbe 5 figli a distanza di 3 anni circa da uno all' altro. Cinque anni fa s'accorse di un tumore nel ventre *così mobile che sfuggiva sotto alle mani* (vedasi come anche un tumore retroperitoneale possa peduncolarsi, o per neoproduzioni sottosierose che si sviluppano a parte — caso presente — o per arresto di sviluppo e persistente azione del peso ecc. ecc.) e anche al medico parve si trattasse di un tumore dell' ovaio sinistro (?) nuotante in un liquido ascitico.

Un bel giorno mentre la nostra donna era intenta all' opera della mietitura avvertì come essa dice un senso di rottura, dietro cui usci tosto dalla vagina un liquido colloide che perdurò qualche giorno, diminuendosi sempre il tumore, fino alla sua totale scomparsa. Questo fatto, ho detto, è importante:

Le cisti sottosierose ed anche i cistomi facilmente si rompono nella cavità peritoneale, ma nessuna ragione li spinge a far aderire i due foglietti sierosi onde aprirsi

una via all' esterno, cosicchè le fistole naturali dei cistomi possono considerarsi vere rarità.

Mentre invece i liquidi provenienti da cistomi ascessi ecc. retroperitoneali, tumori situati nei tessuti e strati laminari lontani dal peritoneo, che hanno insomma il domicilio nel connettivo pelvico o prelombare, si aprono per diritto all'esterno, e quindi specialmente nel retto, e nella vagina nel caso del tessuto ileo-parametrale.

Come ho detto, quest'ultimo segno diagnostico datoci dalla fistolazione per la vagina, ha più valore degli altri per convalidare l'origine retroperitoneale del cistoma, comechè avvenga talvolta di poter anche pei tumori puramente presierosi, che portai in confronto, riscontrare *immobilità* e *deformazione* primitiva in seguito ad aderenze.

La paziente fu nuovamente incinta, ma coll' utero crebbe pure il tumore che nella linea mediana toccava l'appendice xifoide. Dopo il parto, che fu felice, il tumore acquistò le dimensioni presenti. Al dire della malata continuò quando più quando meno un flusso dalla vagina in rapporto inverso con oscillazioni di aumento e diminuzione nel volume del tumore.

3.

Seguendo un sistema un po' differente dalla solita esposizione dei casi clinici operativi, io darò ora una descrizione della sede anatomo-topografica del tumore, e dei suoi speciali rapporti connessioni e relazione cogli organi addominali e peritoneo, secondo il concetto che mi potei formare durante l'operazione; resteranno così più facili ad essere immaginati i vari atti operativi, e meglio compren-

sibili le osservazioni che formano il materiale della conferenza:

Il tumore, che come massa occupava tutta la porzione sottocostale destra dell'addome avendone spostata in avanti la parete e spinti i visceri a sinistra, era per eccellenza estra-peritoneale e propriamente *retro peritoneale*, sorto cioè più in là del tessuto sotto-sieroso e praeperitoneale (primo strato), più in là del connettivo dei ripiegamenti peritoneali viscerali pelvici e paravertebrali (secondo strato); si originava in quello strato di connettivo profondo che nella cavità pelvica sarebbe costituito dalla fascia iliaca, più in alto e ai lombi dalla lamina anteriore del foglietto profondo della fascia lombo-dorsale, più basso dalla terza fascia perineale e anteriormente dalla *fascia transversalis* (terzo strato). Tutte queste tre zone lombare, iliaca ed ileo-ipogastrica erano a destra occupate dal tumore, che, come dissi, per entro alla cavità addominale sporgeva poi fino a sinistra.

Quando si pensi alla profonda situazione anatomica che rappresenta la zona topografica di origine del tumore, si renderà evidente il modo speciale degli spostamenti subiti dal peritoneo e dagli organi contenuti nelle sue duplicature.

Posteriormente in basso il tumore si era ricoperto del peritoneo mesocecale e mesocolico, terminando e portando in avanti l'estremo del crasso e il cieco, e comprendendo nella sua massa e atrofizzandola l'appendice vermiforme. Più in basso, sviluppandosi nel connettivo sopra della fascia pelvica, aveva sollevato in massa la piramide parametrale svolgendola in parte, e facendosi posto sempre nel connettivo della fascia pelvica del Retzius, tra utero e vescica e nel cavo del Douglas, defraudando del peritoneo la vescica stessa. Crescendo ancora verso l'alto nel con-

nettivo dello spazio praevescicale, e respingendo verso la cavità la fascia transversa e il peritoneo, arrivava fino al bellico, e nella pelvi raggiungeva il parametrio sinistro.

È facile vedere come da questo largo punto di origine estraperitoneale, il tumore dovesse non tanto rivestirsi della sierosa, crescendo a sue spese dentro la cavità, quanto spostare propriamente la cavità o dirò meglio *la vescica peritoneale.* Codesto rapporto fra sviluppo endocavitario ed estracavitario con spostamento dello spazio peritoneale, costituisce, per le ragioni che dirò più tardi, un soggetto d'importanza nella chirurgia operativa dei tumori dell'addome.

Il tumore dunque, comprendendo pure nel suo sviluppo tutti gli strati sottoperitoneali, sorgeva precipuamente dalle fascie connettivali retroperitoneali, per cui poteva trascinare con se gli organi e le parti situate dietro nel peritoneo (nel secondo strato), formando in certo modo dei *mesoceli,* se mi è permesso di usare questo nome per quei ripiegamenti della sierosa che, a modo di mesenteri, può formare un tumore attorno alla sua base.

4.

OPERAZIONE

Posizione del letto inclinata nella totalità verso la testa, più sollevamento del bacino e coscie, alla Trendelenbourg. Incisione mediana dalla metà dell'epigastrio al pube lasciando il bellico a destra. Si sente già che nel terzo medio e più dell'incisione il tumore fa tutt'uno colla parete addominale, per cui l'operatore, dopo constatata la tota-

lità delle aderenze e la fusione, oltrepassò colla profondità del taglio la parete addominale e incise anzi la superficie del tumore penetrando poi con un grande taglio nella sottostante loculazione e dando uscita così a una copiosa quantità di liquido colloide purulento. Così fu alquanto ridotta la dimensione del tumore, e apparve tosto la superficie di una nuova loggia.

Grande lavaggio della sacca riempiendola poi con guancialetti di garza. Si continua la sezione delle pareti superiormente fino al peritoneo, ossia al punto di ripiegamento del peritoneo sul tumore. Di lì con un bottonuto si distaccano le aderenze dei due orli dei lembi, ossia si tagliano i ripiegamenti laterali prima a sinistra fino al pube, poi a destra fino quasi al livello della metà del leg. del Falloppio.

Appare allora tutta la porzione cavitaria del tumore, consistente in un grande cistoma, chè sorgendo come dalla fascia iliaca e tessuto ileo-parametrale destro, arriva al livello del rene, occupando quasi tutta la cavità addominale.

La porzione più bassa del tumore si sprofondava nel piccolo bacino riempiendolo perfettamente, schiacciando il retto e spostando l'utero in avanti, senza che si potesse vedere la vescica, i quali organi rimanevano stirati in alto e ricoperti da un piano peritoneale in declivio che non mostrava traccia nè di Douglas nè di pliche utero-vescicali. Il peritoneo che ricopre il cistoma è ipertrofico, in qualche punto raggiunge 1/2 centimetro di spessore.

Si cacciano piumacciuoli (assicurati da un cordone) lateralmente al tumore per farlo sporgere. Superiormente tre aderenze coll'omento come concresciute col tumore, larghe ciascuna circa due dita vengono trattate secondo il solito metodo dell'operatore: passaggio di ago nel mezzo

a filo doppio, legatura, compressione sotto, taglio, cucitura continua o punto crociato a tutto il bordo. (1)

Liberato il tumore da piccole aderenze che lo obbligavano in modo confuso col parametrio di sinistra e colla tromba, si vedono nel quadrante inferiore del tumore specie a sinistra anteriormente e posteriormente, alcune ripiegature nastriformi della larghezza di 2 dita che rassomigliano a legamenti peritoneali e sono veri ripiegamenti della sierosa sul tumore, *mesoceli del cistoma;* per cui l' operatore conferma la grande origine estraperitoneale del tumore come avea già prima diagnosticata.

L' operatore gira colla mano attorno a delle loculazioni corrispondenti alla zona utero-vescicale quindi prosegue a sinistra a staccare il tumore dal fondo del bacino (durante la manovra succede la rottura di una piccola loculazione sottosierosa, e il liquido viene raccolto con garza e lavaggio) può finalmente impadronirsi di una grossa appendice testiforme che riempiva fino al fondo la piccola pelvi.

Distaccando con somma cautela alcune aderenze posteriori, (qualcuna non si avrebbe potuto bene distinguere dalle pliche) si potè riconoscere l' intima aderenza di una loculazione di aspetto ateromatoso con un intestino. Bisognò sacrificare un punto di parete intestinale che fu poi *lege artis* riunita. Si constata intanto la presenza della tromba faloppiana di sinistra e dell' utero.

---

(1) RUGGI, specialmente nelle legature cavitarie sia di vasi, o peduncoli, o aderenze, mette la massima cura assicurandole con apposite cuciture: punto crociato, a borsa di tabacco, umsteckung, ecc. ecc. A simile procedimento si deve anzi la perfetta emostasi nell' eccellente suo procedimento per l' estirpazione dell' utero per via vaginale. La legatura dei vasi fatta con punto di *circumduzione*, anzichè a semplice nodo, è nella cavità addominale di obbligo.

Previe pinzette si staccano le connessioni peritoneali coll'utero, si entra procedendo nel tessuto parametrico del legamento lato di destra dov'era nicchiata gran parte del tumore che si era poi fatto strada svolgendo i legamenti larghi ad ombrello. A questo punto si mostra anteriormente sul tumore in modo confuso un connettivo elastico fine, più bianco del resto della superficie sierosa e corrispondente ad uno dei descritti mesoceli; è riconosciuto per il connettivo pelvico dello spazio utero-vescicale per cui accuramente viene apparecchiato.

Rimane allora fuori del ventre il grande tumore simile ad un enorme tubere con un grosso ilo o peduncolo in parte ricoperto da peritoneo in parte no, con una indiscernibile complicazione di briglie e legamenti che, per lo spostamento degli organi e l'ingrossamento del peritoneo, non si riconoscono assolutamente. Presumibilmente nelle apparenti briglie, (mesoceli), poteva essere compreso parte del cieco o un uretere, come al davanti si era trovata coinvolta la vescica.

Intanto il crasso nella sua porzione praelombare appariva spostato in avanti come se il tumore fosse cresciuto tra i due foglietti del mesocolon e mesocieco, lasciandoli in gran parte svestiti dal peritoneo:

Qui si scopre un cordone duro, bianco, deformato che si avrebbe potuto credere l'uretere; chè non sarebbe stato facile in quella confusa massa di escludere perfino non fosse compreso il rene.

A questo punto l'operatore rivolse tutto il tumore a sinistra, per dominare meglio il grande peduncolo nella sua parte posteriore destra.

Distrutte alcune aderenze peritoneali si tagliò il grosso cordone or detto e si vide costituito da un tessuto bianco, e perforato da un canale che gemeva un liquido quasi incoloro, per cui ancora si avrebbe potuto restar incerti

se trattavasi di una tromba, di un uretere, o del processo vermiforme, degenerato, come realmente si constatò. Il processo vermiforme completamente deformato era degenerato in tessuto fibroso, e per il tratto superiore dilatato a cornamusa. Fu tagliato e ricucito.

Solo chi si è trovato a dover esportare i tumori extraperitoneali, può capire la difficoltà di simili riconoscimenti e orientamenti. Nel caso si fosse trattato dell'uretere l'operatore avrebbe dovuto, seduta stante, esportare il rene.

Tolte le connessioni del tumore col *mesocieco*, si vede bene la porzione inferiore del crasso defraudata dal tumore della sua inflessione peritoneale. Una nuova lunga plica (*mesocele*) comprendente i vasi utero-ovarici di destra, viene tagliata e trattata colla solita cucitura. La tromba di sinistra ipertrofica fu tolta.

Esportato l'enorme tumore, rimaneva ora una importante parte dell'operazione, quale non si ha mai nella estirpazione di tumori sottosierosi o sottoperitoneali diretti, come le cisti ovariche o cistomi del paraovario, delle tube, o dell'utero etc. la plastica del peritoneo: la chiusura degli spazi morti, come volle chiamarli vent'anni or sono il Mosetig-Morohoff.

Nella grande regione che fu campo dell'operazione e che rappresenta la zona d'impianto del tumore, il peritoneo si riconosce solo in certi punti ove si mostra sempre grosso ed ipertrofico. Le pareti addominali nella linea mediana ove avevamo trovata la fusione del tumore, per lo strato descritto di aderenza sono prive di sierosa. La vescica rimane isolata, l'utero pure ricade nel profondo della pelvi.

L'operanda dava intanto qualche inquietudine — il polso si era fatto piccolo, 120 — sudore, perfrigerazione delle estremità, reazione pupillare tarda. Fu inclinata maggiormente la tavola e sollevato ancor più il bacino — inie

zioni successive di etere e muschio — iniezioni di un mill. di atropina. Senza che vi fosse mai vera sincope, il collasso era continuo e interrotto da piccoli svenimenti manifestati dal polso e dal crescente pallore con lieve cianosi. — Però fino da quando si facevano delle trazioni sul tumore fu cura dell'assistente di comprimere il diaframma quindi l'aorta addominale, la compressione della quale fatta completa durante la seconda parte dell'operazione che ora descriverò, condusse a salvo l'operata.

Cominciò dunque l'operatore a cucire resti di sdoppiamenti peritoneali fra di loro nel cavo e sulle pareti, facendo così la chiusura diretta degli spazi morti (1). Quindi fissò i residui parametrali alla corrispondente parete addominale, per tal modo che l'utero venisse sollevato nella sua quasi normale posizione a dividere l'anteriore dalla posteriore escavazione della piccola pelvi; si chiusero gli spazi morti sotto mesenterici e sotto colici e furono obliterati spazii scoperti delle pareti.

Di tal modo, con una specie di plastica, si venne a costituire una nuova cavità pelvo-peritoneale.

Rimaneva la vescica che stirata dal tumore come una benda e ad esso attaccata era stata dallo stesso isolata e dissecata. Ma pensando quanto essa si può nicchiare nell'elastico e molle tessuto del Retzius tanto da ricuperare per quanto le occorra il rivestimento, e quanto sarebbe stato d'altronde pericoloso di fissarla con uno stiramento del peritoneo, il Ruggi credette bene di lasciarla com'era, che

---

(1) Tempo addietro Mosetig-Morohoff li riempiva di garza all'iodoformio — altri li includono (come fu fatto dapprima per residui di cisté poi per peduncoli) nella cucitura delle pareti addominali (trattamento paraperitoneale), oggi generalmente si adotta la chiusura diretta con cucitura in massa.

del resto lo spazio morto ad essa corrispondente si riduceva ad una linea, ciò per la nuova posizione dell' utero, e per una torsione a sinistra.

Parlando dei tumori dell' addome e delle cisti non viene fatta generalmente dagli autori e neanco dagli operatori una differenza, non solo terminologica, ma neppure essenziale, relativa allo strato che serve di origine e sviluppo al tumore. Così si confondono od usano indifferentemente le parole sottoperitoneale, extraperitoneale, retroperitoneale, preperitoneale, sottosieroso, paraperitoneale, confusione facile perchè ogni tumore dell' addome essendo coperto dal peritoneo, e nascendo sempre al disotto dello stesso, ha diritto a tutti i nomi. Ma se ciò poco importa nella terminologia, sulla quale in una parola *basta intenderci*, non è così per l'anatomia patologica e per la patologia chirurgica che devono dettare le norme alla chirurgia operativa.

Due tumori eguali per forma e situazione nell' addome, possono presentare enormi differenze di relazione anatomica per il solo fatto della profondità dello strato sul quale si sono primitivamente originati:

Prendiamo una ciste sviluppatasi dalla idrope di un follicolo ovarico, o un cistoma per degenerazione di tutto un ovario, o un tumore della tuba — tumori che sono tutti direttamente sotto la sierosa (*sottosierosi*) — i ripiegamenti peritoneali che producono nel loro sviluppo si possono trattare come aderenze, e appena sono forniti di un lieve tessuto connettivo sottosieroso. Se la ciste o il cistoma nascono un po' più in là, mettiamo nello spessore del legamento (*sottoperitoneali*), fuori propriamente

dal connettivo direttamente appartenente alla sierosa, quel tumore potrebbe raccogliere nei suoi ripiegamenti dei vasi utero ovarici ecc. Se nasce alla base dei parametri nel regno della fascia pelvica o iliaca nel fondo delle pelvi (*estra* o *retro-peritoneali*) allora spingendo le parti in alto, disturba la funzione degli *annessi*, interessa e trae seco ad aderire organi circostanti. Situato ancora più profondamente può sollevare *senza estenderli* i legamenti larghi, staccare il peritoneo vescicale stirare e spostare fino dalla prima evoluzione l'utero, svestire il crasso e sdoppiare i ripiegamenti peritoneali dei mesenteri mesoretto, mesocieco, mesocolon ecc.

Una distinzione un po' arbitraria e sommaria dei tre sopraccennati differenti regni connettivali si potrebbe fare in tre strati 1: strato sottosieroso o connettivo peritoneale che dà i tumori cavitari (detti endoperitoneali, intracavitari, intraperitoneali) che si fanno peduncolati, 2: connettivo sottoperitoneale o prima fascia preperitoneale, oppure connettivo interposto nelle pliche del peritoneo (parametrico e mesenterico) 3: fascie e foglietti sottoposti a questi ultimi e ad essi tangenziali, come fascia lombare profonda, fascia iliaca, tessuto connettivo prevertebrale, fascia pelvica, o terzo perineale ecc.

I tumori sottosierosi o sottoperitoneali diretti, peduncolati o meno, formano delle pliche nel peritoneo con interposto tessuto connettivo sottoperitoneale del suo strato, non contenente nè vasi nè organi importanti come ad esempio potrebbe essere una ciste prerenale. Non spostano il peritoneo per tutta o quasi tutta la zona della loro superficie ma lo dilatano vestendosene mano mano che crescono, per cui non deformano la cavità, e non usurano la sierosa nel senso geometrico della superficie.

I retroperitoneali peduncolantisi o meno:

a) Crescono rivestendosi del peritoneo che rubano

agli organi vicini e ripiegandolo formano delle duplicature (*mesoceli*) le quali contengono organi o parti di organi circostanti e specialmente vasi; nel nostro caso le duplicature racchiudevano la vescica i vasi utero-ovarici e il cieco.

È appunto in codesti casi, specie se le duplicature vengono prese per briglie ed aderenze che avvengono sezioni di grossi vasi e di organi importanti; perfino la vena cava cadde sotto il coltello, fortunatamente di Bottini.... (1)

b) Spostano la parete peritoneale, deformando la cavità, e la ristringono più che non la occupino. Perciò non si adattano alla comune coabitazione viscerale del peritoneo e rendono fino da principio il ventre irregolare.

c) Usurano il peritoneo. I sottoperitoneali mano mano che crescono, dilatano il peritoneo che li ricopre tanto che dalla piccola zona di origine, diciamo di un centimetro di diametro, possono crescere a 1|2 metro e più, sempre per sviluppo della zona primitiva.

Ho cercato di dare una idea schematica grossolana nella figura qui sotto della differenza fra le due forme. Bisogna immaginare gli organi e le parti che rimangono trascinate nei mesoceli. (*Vedi figura*).

Una piccola differenza esiste anche nella tessitura del peritoneo fra i tumori sottosierosi e retroperitoneali, nei primi è assottigliato nei secondi è ipertrofico. Certamente nei cistomi vi possono essere cisti secondarie sottosierose sulle quali la sierosa è sottilissima.

I tumori sottoperitoneali usano spostare gli organi eccentricamente, in modo che, tolto il tumore, i visceri tornano ad occupare la cavità. I retroperitoneali producono una pressione concentrica e spostano dalle radici connet-

---

(1) Vedi *Clinica Chirurgica*, 1895. Resezione della Cava Bottini.

tivali le parti vicine, per cui, dopo l'estirpazione, gli organi difficilmente riprendono il loro posto. Così, sia durante l'operazione che dopo, vi sono dei pericoli per lo squilibrio della pressione del sangue fatta dal vuoto addominale, favorita anche dalla lesione di rami comunicanti coi plessi dello splacnico. (Vedi Schiff, Esperimenti 1876 a Firenze).

Da ciò gli svenimenti facili sotto l'anestesi, e l'eccellente cura colla compressione dell'aorta e l'inclinazione del corpo.

Nel nostro caso il cistoma, tenendo probabilmente la sede in residui embrionali ectopici dei corpi del Wolff, si originava probabilmente dal tessuto prevertebrale e pelvico, era per eccellenza retroperitoneale e mantenne quei diritti di sviluppo che Ruggi diagnosticò e verificò in una bellissima operazione, e che io ho voluto illustrare.